

INTEGRANDO A UNILA COM AS RODAS DE CONVERSA: A UTILIZAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI) COMO TECNOLOGIA SOCIAL LEVE PARA MELHORIA DA RELAÇÕES INTERPESSOAIS E SOCIAIS, AUTOESTIMA, EMPODERAMENTO E SAÚDE NA COMUNIDADE EXTERNA

JEAN, Pascal¹
SVOBODA, Walfrido²

RESUMO

A TCI é considerada uma ferramenta de construção de redes sociais solidárias, onde todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano (aumentando a resiliência), num ambiente acolhedor e caloroso. Assim, foram realizadas 08 (oito) Rodas de Conversa (de TCI) no período de 10/05/18 a 30/08/18 em salas de aula da UNIOESTE – Campus Foz, quinzenalmente as quintas-feiras à tarde. Assim, foram obtidos alguns resultados como: temas universais elencados e abordados, estratégias de enfrentamento e verificação do estado emocional dos participantes antes e após a participação na Roda. Vários desafios foram enfrentados, principalmente aqueles relacionados à participação da comunidade acadêmica.

Palavras-chaves: TCI, tecnologia social leve, saúde organizacional, empoderamento

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) nasceu em 1987 no município de Fortaleza- CE e foi criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, docente do Curso de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará, com a intenção de solucionar, as necessidades de saúde daquela comunidade (BARRETO, 2010). Há mais de duas décadas de sua elaboração, a TCI tem se consolidado como uma tecnologia leve de cuidado em saúde mental que focaliza de forma inovadora na reorganização das redes de atenção à saúde, em especial da atenção primária à saúde (ANDRADE et al, 2009). Isso se dá por intermédio de ações baseadas na prevenção e na cura, as quais integram elementos culturais e sociais em prol do desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos e comunidade.

Neste sentido a TCI torna-se uma alternativa viável para ser colocada em prática em ambientes organizacionais (Universidades, Escolas, Unidades de Saúde, Hospitais, Órgãos Públicos, entre outros) para minimizar o sofrimento tanto dos profissionais quanto das pessoas inseridas nos mesmos. Isto porque ela é uma tecnologia leve de cuidado em saúde, de fácil aplicabilidade, que abrange um

¹ Estudante do Curso de Saúde Coletiva – UNILA; bolsista (UNILA). E-mail: pascal.jean@aluno.unila.edu.br;

² Docente do Curso de Saúde Coletiva – UNILA. Orientador de bolsista (UNILA). E-mail: walfrido.svoboda@unila.edu.br..

coletivo (com poucas ou muitas pessoas), baixo custo e de alto impacto. Além disso, trata-se de uma terapia não medicalizadora, pois não utiliza medicamentos para sua realização. O ato terapêutico vai além da saúde (principalmente mental), aumentando principalmente a resiliência (aos problemas e reveses da vida) e empoderamento (tanto pessoal, quanto social) das pessoas que participam das Rodas

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento das Rodas foi utilizada a metodologia desenvolvida pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, precursor da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) no Brasil e no mundo (BARRETO, 2010). Geralmente, a roda segue cinco etapas: (1) Acolhimento; (2) Escolha do tema; (3) Contextualização; (4) Problematização; (5) Finalização.

A Utilização da Escala de Faces, tipo Likert: Para verificar o estado emocional dos participantes das Rodas de Conversa.

Os Temas Universais: Foram verificados nos relatórios de cada Roda de Conversa os principais temas universais trazidos à tona pelos participantes durante a realização de cada Roda. Todos eles foram categorizados e verificadas as frequências dos mesmos.

As Estratégias de Enfrentamento: Foram verificados nos relatórios de cada Roda de Conversa as principais estratégias de enfrentamento trazidas à tona pelos participantes durante a realização de cada Roda. Todas elas foram categorizadas e verificadas as frequências das mesmas.

Questionário de Satisfação: Foi proposto ao final de cada escala de faces a resposta a duas perguntas: “O que mais gostou na TCI?” e “O que menos gostou na TCI?”. Isto para verificar o grau de satisfação dos participantes em todas as Rodas de Conversa realizadas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os transtornos mentais são um grande problema de saúde pública, representando 13% da carga global das doenças, e previsão de aumento para 15% daqui a vinte anos (WHO, 2009). Segundo estudo realizado em 18 países, o Brasil foi o país que apresentou maior taxa de incidência de depressão . Segundo

Whiteford et al. (2013), os transtornos mentais e uso de substâncias foram a principal causa de anos vividos com incapacidade (YLD-Years Lived with Disability) em todo o mundo (22,9%). A taxa de tratamento para os transtornos mentais é baixa, em especial em países de renda baixa e média, onde a lacuna de tratamento chega a ser de 90% (WANG et al., 2007). Esta lacuna de tratamento pode ser definida pelo espaço entre a necessidade e a disponibilidade de serviços de saúde mental, que acarretam altos custos individuais e sociais da doença mental quando não diagnosticada e não tratada, além da necessidade por intervenções eficazes e acessíveis (Patel, Prince, 2010). Neste contexto, estratégias de intervenção psicossocial como a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) são fundamentais como alternativa viável, efetiva, de baixo custo e não medicalizadora, sendo ela considerada tecnologia leve de cuidado em saúde mental que focaliza de forma inovadora na reorganização das Redes de Atenção à Saúde, em especial da atenção à saúde mental (ANDRADE et al, 2009; BRASIL, 2013). Desta forma, a TCI tem o potencial de se tornar uma estratégia de grande escala – o que é positivo dado o panorama das políticas de saúde mental global – sem, contudo, negligenciar a variabilidade cultural na compreensão e nas respostas ao sofrimento mental nem tampouco medicalizar a angústia e ignorar as causas sociais e econômicas reais do sofrimento mental em países de baixa e média renda (ORTEGA, WENCESLAU, 2015).

4 RESULTADOS

Foram realizadas 08 (oito) Rodas de Conversa, com a participação de 86 pessoas (N=86) no computo total de todas as rodas. Foi constatada uma média total de 9,2 participantes por Roda (com no mínimo 5 participantes e no máximo 17 participantes por roda). Com este resultado foi possível perceber uma baixa procura pela comunidade acadêmica pelas Rodas de Conversa, mesmo havendo ampla divulgação das mesmas quer seja por cartazes espalhados tanto na UNIOESTE quanto na UNILA. Com a utilização da Escala de Faces, foi possível constatar que os participantes que preencheram as escalas de faces antes do início das Rodas de Conversa, apresentaram os seguintes resultados: 21,5% chegaram nas Rodas “infelizes”; 45,5% chegaram nas Rodas “nem felizes, nem infelizes” e 33% chegaram “felizes” e 0% “muito felizes”. Após a realização das Rodas de Conversa, os

participantes preencheram novas escalas de faces, apresentando os seguintes resultados: 0% saíram “infelizes”, 10% saíram das Rodas “nem felizes, nem infelizes” e 30,5 % saíram “felizes” e 59,5% saíram das Rodas “muito felizes”. Com estes resultados é possível inferir que os 21,5% dos participantes que chegaram “infelizes” nas Rodas, saíram das mesmas com status emocional diferenciado, pois nenhum participante saiu “infeliz”, após a participação nas mesmas. Além disso, houve uma melhora no status emocional geral entre os participantes, tendo em vista que houve aumento considerável em relação Em relação aos temas universais constatados nos Relatórios das Rodas de Conversa, temos o que segue: (1º) Estresse 62,5% (5 de 8 relatórios); (2º) Conflitos Familiares e Trabalho 50% (4 de 8 relatórios); (3º) Problemas Físicos de Saúde 37,5% (3 de 8 relatórios); (4º) Perdas, Dependência e Angústia 25% (2 de 8 relatórios) e (5º) Morte em Família e Gratidão (único tema universal positivo constatado) 12,5% (1 de 8 relatórios). Já, em relação às estratégias de enfrentamento foram constatadas as seguintes em ordem de prioridade: (1ª) Fortalecimento e Empoderamento Pessoal 62,5% (5 de 8 relatórios); (2ª) Busca de ordem espiritual ou religiosa 50% (4 de 8 relatórios); (3ª) Busca de Redes Solidárias 37,5% (3 de 8 relatórios); (4ª) Cuidar do Relacionamento com a Família e Autocuidado 25% (2 de 8 relatórios). Dos questionários de satisfação aplicados, foi possível obter os seguintes resultados (considerando N=86):

(A) em relação ao que mais gostaram das Rodas de Conversa, 39,5% (34 de 86 pessoas) responderam que gostaram de tudo; 11,6% (10 de 86 pessoas) responderam que gostaram de ouvir as histórias das outras pessoas; 8,1% (7 de 86 pessoas) responderam que gostaram das dinâmicas, formato e organização das rodas; 4,7% pessoas (4 de 86) responderam que gostaram da relação de confiança estabelecida; 4,7% (4 de 86 pessoas) gostaram das experiências de vida compartilhadas; 2,3% (2 de 86 pessoas) gostaram do fato de serem aceitas no grupo (aceitação) e 2,3% (2 de 86 pessoas) gostaram do fato de poderem ajudar e da reflexão final da roda;

(B) em relação ao que menos gostaram das Rodas de Conversa, 72,1% (62 de 86 pessoas) responderam que não havia nada que não gostaram; 8,1% (7 de 86 pessoas) responderam que não gostaram pela falta de participação das pessoas e 3,5% (3 de 86 pessoas) responderam que não gostaram devido ao fato de pouco tempo para participar das rodas. Com estes resultados foi possível perceber que o

público-alvo gostou de participar das Rodas de Conversa, com algumas nuances para mais ou para menos, conforme os resultados apresentados.

5 CONCLUSÕES

Com os resultados obtidos, foi possível perceber que a utilização das Rodas de Conversa (Terapia Comunitária Integrativa - TCI) conseguiu atingir seus objetivos, apresentando resultados condizentes com o esperado, apesar de atingir um público-alvo reduzido (N=86).

A aplicação da metodologia da TCI, quando colocada em prática no ambiente universitário, pode servir de base para a melhoria das relações interpessoais e organizacionais, por se tratar de uma tecnologia social leve que permite: (a) Ir além do unitário para atingir o comunitário; (b) Sair da dependência para a autonomia e a co-responsabilidade; (c) Ver além da carência para ressaltar a competência; (d) Sair da verticalidade das relações para a horizontalidade; (e) Da descrença na capacidade do outro, passar a acreditar no potencial de cada um; (f) Romper com o clientelismo para chegarmos à cidadania; (g) Romper com o modelo que concentra a informação para fazê-la circular.

6 PRINCIPAIS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A.P. Terapia Comunitária passo a passo. 4ª ed. Fortaleza (CE): Gráfica LCR, 2010.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BARRETO, A.P.; OLIVEIRA, M.V. (org.). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. O SUS e a Terapia Comunitária. Fortaleza: BRASIL, 2009.

WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

WHITEFORD, H.A.; DEGENHARDT, L.; REHM, J. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study. 2010. The Lancet, v. 382, n. 9904, p. 1575–1586, 2013.

WANG, P.S.; ANGERMEYER, M.; BORGES, G. et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 6: 177–185. PMID: 18188443, 2007.